

Petunjuk Pengisian Formulir :

- Formulir ini **wajib** diisi secara LENGKAP dan BENAR dengan huruf CETAK serta memberikan tanda **ceklist (√)** pada kolom sesuai yang diajukan.
- Jika terdapat koreksi penulisan/ pengisian mohon untuk mencoret dan membubuhkan tandatangan pemegang polis/ peserta sesuai ID yang dilampirkan.
- Mohon tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong.

Bismillaahirrahmaanirrahiim

Data Pengaju Pencairan Benefit

Nomor Polis : _____
Nama Pemegang Polis/ Peserta : _____

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : _____
Hubungan : Peserta/ Pemegang Polis
 Ahli Waris *)

**) Wajib melampirkan surat kuasa bermaterai yang ditandatangani oleh pemberi kuasa (pemegang polis/ peserta) dan penerima kuasa (ahli waris) serta melampirkan fotocopy identitas keduanya.*

Alamat E-mail : _____ No Hp : _____

Pernyataan

Dengan ini menyatakan bahwa,

Benar mengajukan Dana Tahapan masuk sekolah:

<input type="checkbox"/> TK Jatuh Tempo _____ (tgl/bln/thn) Sebesar Rp _____	<input type="checkbox"/> PT 1 Jatuh Tempo _____ (tgl/bln/thn) Sebesar Rp _____
<input type="checkbox"/> SD Jatuh Tempo _____ (tgl/bln/thn) Sebesar Rp _____	<input type="checkbox"/> PT 2 Jatuh Tempo _____ (tgl/bln/thn) Sebesar Rp _____
<input type="checkbox"/> SMP Jatuh Tempo _____ (tgl/bln/thn) Sebesar Rp _____	<input type="checkbox"/> PT 3 Jatuh Tempo _____ (tgl/bln/thn) Sebesar Rp _____
<input type="checkbox"/> SMA Jatuh Tempo _____ (tgl/bln/thn) Sebesar Rp _____	<input type="checkbox"/> PT 4 Jatuh Tempo _____ (tgl/bln/thn) Sebesar Rp _____
<input type="checkbox"/> PT Jatuh Tempo _____ (tgl/bln/thn) Sebesar Rp _____	

Pembayaran Pencairan Benefit

Bila Pengajuan disetujui maka pembayaran dapat dilakukan melalui :

Transfer via Bank

Nama Bank : _____ Cabang : _____
No Rekening : _____ Atas Nama *) : _____

**) Wajib melampirkan surat kuasa bermeterai yang ditandatangani oleh pemberi kuasa (pemegang polis/peserta) dan penerima kuasa (ahli waris) serta melampirkan fotocopy identitas keduanya*

Persyaratan Dan Ketentuan Pencairan Benefit

Persyaratan

1. Formulir asli diisi lengkap dan jelas serta ditandatangani oleh pemegang polis/ peserta.
2. Lampirkan fotocopy ID/ Kartu Tanda Penduduk pemegang polis/peserta yang masih berlaku.
3. Lampirkan fotocopy ikhtisar polis.
4. Lampirkan fotocopy buku tabungan (jika ada).
5. Lampirkan surat kuasa bermeterai dan ditanda tangani oleh pemberi dan penerima kuasa (jika pengaju dan/ atau penerima manfaat bukan pemegang polis/ peserta).

Ketentuan Umum

1. Polis dalam status aktif (masih berlaku).
2. Tandatangan Pemegang Polis/ Peserta harus sama dengan specimen tandatangan pada Kartu Identitas Diri yang berlaku dan/ atau SPAJ.
3. Formulir diterima oleh PT Asuransi Takaful Keluarga tidak lebih dari 30 hari kalender sejak ditandatangani.
4. Jika diperlukan, PT Asuransi Takaful Keluarga berhak untuk meminta dokumen dan/ atau informasi tambahan.
5. Apabila dokumen dan/atau informasi yang tercantum tidak lengkap, maka PT Asuransi Takaful Keluarga berhak untuk tidak melanjutkan proses permohonan sampai Pemegang Polis/ Peserta melengkapi seluruh informasi tidak lebih dari 30 hari kalender sejak diinformasikan.

Pernyataan

Dengan ini, Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan dan menyetujui bahwa :

1. Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir ini adalah benar dan tidak ada keterangan/ informasi dan hal-hal lain yang saya sembunyikan.
2. Telah membaca, memahami dan menyetujui seluruh persyaratan dan ketentuan dari permohonan dokumen terkait polis yang tercantum pada formulir ini.
3. Telah mengerti dan memahami bahwa pengajuan pada formulir ini hanya akan diproses oleh PT Asuransi Takaful Keluarga setelah seluruh berkas yang dipersyaratkan disampaikan dengan benar, lengkap dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di PT Asuransi Takaful Keluarga serta ketentuan pada masing-masing produk.
4. Telah setuju dengan jumlah Nilai Tunai yang tercatat pada PT Asuransi Takaful Keluarga pada tanggal saya menandatangani formulir ini.

5. Dengan menandatangani formulir ini, maka saya mengkonfirmasi keputusan untuk melanjutkan pengajuan yang tercantum pada formulir ini.
6. Segala akibat yang timbul sehubungan dengan pengajuan Pencairan Jatuh Tempo Tahapan menjadi tanggung jawab saya sepenuhnya dan dengan ini saya membebaskan PT Asuransi Takaful Keluarga dari segala macam tuntutan/ gugatan dalam bentuk apapun dari pihak manapun.
7. Apabila dikemudian hari terbukti berdasarkan ketentuan polis beserta *endorsement* dan klausula yang melekat dan/ atau ketentuan hukum dan perundang-undangan yang berlaku ternyata PT Asuransi Takaful Keluarga tidak mempunyai kewajiban untuk membayar klaim tersebut di atas, maka uang dengan jumlah tersebut di atas yang telah kami terima akan dikembalikan kepada PT Asuransi Takaful Keluarga.

Ditandatangani di : _____

Tanggal Pengajuan : ____ / ____ / ____ (tanggal/ bulan/ tahun)

Pemegang Polis/ Peserta/ Penerima Kuasa,
Tanda Tangan (1)

Tanda Tangan (2)

(Nama Jelas)

(Nama Jelas)

<p>Penerima Pengajuan,</p> <p>Tanggal : _____</p> <p>Kantor RO : _____</p> <p>Telepon : _____</p> <p style="text-align: center;">Tanda Tangan</p> <p style="text-align: center;">_____ (Nama Jelas)</p>	<p>Pemeriksa Pengajuan (SO/ HO)</p> <p>Tanggal : _____</p> <p>Catatan : _____</p> <p style="text-align: center;">Tanda Tangan</p> <p style="text-align: center;">_____ (Nama Jelas)</p>
--	--

